

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Detecção e Prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mama na
ESF-13, São Borja/RS**

Martim Castilho

Pelotas, 2015

Martim Castilho

**Melhoria da Detecção e Prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mama na
ESF-13, São Borja/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas-UFPEL em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Marina Azevedo

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

C352m Castilho, Martim

Melhoria da Detecção e Prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mama na ESF-13 São Borja/RS / Martim Castilho; Marina Sousa Azevedo, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

65 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da Mulher 4.Neoplasias do colo do útero 5.Neoplasias da Mama I. Azevedo, Marina Sousa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu filho Martim Kalicki Castilho, doutorando em Medicina na UNIOESTE/PR, futuro Apostolo da Medicina, em face de sua dedicação exclusiva a profissão que abraçou. Ademais, se não fosse sua insistência, eu não teria me inscrito no Programa Pedagógico Mais Médicos, que reconheço como o marco da redenção da Saúde da Família Brasileira.

Agradecimentos

Agradeço ao Ex-Ministro da Saúde, Sanitarista Alexandre Padilha, pela feliz iniciativa em instituir o Programa Pedagógico Mais Médicos, que será um luzeiro na erradicação das mazelas que grassam e desgraçam a saúde das pessoas de baixas camadas sociais de nosso país; e às orientadoras, Darlene Da França Silva e Marina Sousa Azevedo, pelas suas dedicações importantes em transmitirem seus conhecimentos aos seus alunos/orientandos, nos mínimos detalhes, que conduzem à perfeição do foco escolhido por cada aluno, em cada especialidade. Verdadeiras heroínas na arte de transmitirem seus conhecimentos técnicos científicos, sempre visando à perfeição da saúde com qualidade.

Resumo

CASTILHO, Martim. **Melhoria da Detecção e Prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mama na ESF-13, São Borja/RS**. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Devido à importância de uma atenção integral à saúde da mulher a detecção + prevenção ao câncer de útero e ao câncer de mama foi o foco escolhido após a análise situacional na ESF-13, localizada em São Borja, RS, Brasil. O objetivo principal foi de melhorar as ações de prevenção ao câncer de colo de útero para as mulheres entre 25 e 64 anos e de mama para as mulheres de 50 a 69 anos nesta ESF, já que não tínhamos uma conduta única guiada por protocolos, registro e acompanhamento adequado das ações. Os objetivos específicos foram de ampliar a cobertura, melhorar a qualidade do atendimento, melhorar a adesão das usuárias aos exames ginecológicos, melhorar o registro, mapear as usuárias de risco para estes cânceres e promover saúde. O protocolo do Ministério da Saúde foi utilizado. A intervenção teve duração de 16 semanas. Nossa cobertura foi de 48,3% (n=423) para as mulheres na faixa etária do câncer de colo de útero e de 51,7% (n=226) para as mulheres na faixa-etária alvo para o de mama. Tivemos 100% de registro adequado para o câncer de colo e quase 100% (97%, n=219) para o câncer de mama. Todas as amostras do citopatológico foram satisfatórias e todas as mulheres cadastradas foram pesquisadas quanto ao sinal de alerta para os fatores de risco para o câncer de mama e colo de útero. Com relação às atividades de promoção à saúde, todas as mulheres cadastradas receberam orientações sobre DST e sobre os fatores de risco para o câncer de colo e mama. Todas as usuárias com resultados alterados em seus exames preventivos, tanto de colo do útero ou mama, foram encaminhadas ao Serviço Especializado. Os resultados alcançados foram positivos, melhorando o serviço, a integração da equipe e principalmente a melhoria da saúde de nossas usuárias. Ainda temos algumas dificuldades, não temos odontólogo e a unidade é itinerante, mas a intenção é em dar continuidade a ação programática implantada e atingir a cobertura total de usuárias buscar junto à gestão melhorias.

Palavras-chave: saúde da família; saúde da mulher; programas de rastreamento; neoplasias do colo do útero; neoplasias da mama.

Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero na ESF-13, São Borja-RS, 2015.	48
Figura 2	Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama na ESF-13, São Borja-RS, 2015.	48
Figura 3	Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia na ESF 13, São Borja-RS, 2015.	50
Figura 4	Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama na ESF 13, São Borja-RS, 2015.	51

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CMAE	Centro Municipal de Atendimento Especializado
DM	Diabetes mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HPV	Vírus papiloma humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAM	Pronto-atendimento municipal
SUS	Sistema Único de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação.....	8
1 Análise Situacional.....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica.....	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das Ações.....	26
2.3.2 Indicadores.....	34
2.3.3 Logística.....	38
2.3.4 Cronograma.....	43
3 Relatório da Intervenção	44
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	45
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	45
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	46
4 Avaliação da intervenção	47
4.1 Resultados	47
4.2 Discussão.....	52
5 Relatório da intervenção para gestores.....	54
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	57
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	61
Referências.....	62
Anexos.....	63

Apresentação

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) / Universidade Federal de Pelotas (UFPel) sendo o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso.

A intervenção foi realizada na Estratégia de Saúde da Família 13, São Borja/RS cujo objetivo foi o de melhorar as ações voltadas à detecção e prevenção do câncer de colo de útero e mama.

O volume está organizado em unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 16 semanas durante a unidade 3 do curso.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

Na quinta parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

No final, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho e as referências.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A nossa unidade é uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), que atua sob a sigla de ESF-13, de modo itinerante, no interior do município de São Borja, em 23 localidades, improvisada em postos de atendimento médico. Sem o mínimo de estrutura física, para o funcionamento de unidade de saúde. As barreiras arquitetônicas são imensas e quase intransponíveis. A ponto de se constituírem num verdadeiro desafio, em termos de saúde pública.

A maioria dos locais de atendimento é em salões comunitários, improvisados em consultórios médicos, sem sala de espera aos usuários. Geralmente, o piso é de cimento, desnivelado, oferecendo risco ao usuário, com dificuldades, para deambular sozinho. Às vezes, os locais de acesso são com rampas desniveladas, sem corrimãos. Na maioria dos locais não há sanitários com água encanada, com riscos de contaminação com doenças infectocontagiosas e parasitoses de amplo espectro, que campeiam da ascaridíase a ancilostomíase, aqui no Pampa popularmente conhecida como Doença do Jeca Tatu, imortalizada e difundida através da Literatura Infantil de Monteiro Lobato, contadas e cantadas em deliciosas historinhas.

O atendimento é feito, num raio de mais ou menos 90 quilômetros, percorridos em estradas de chão, sem asfalto, na maioria. No inverno é o lamaçal com o frio. No verão, é a poeira intensa. Refrigeração de ar e ventilação, nem pensar. Problema sério enfrentado pela equipe, em seus deslocamentos, diz respeito à condução usada como meio de transporte com grande penetração de pó no seu interior, se constituído em barreiras, senão arquitetônicas, no mínimo, epidemiológicas, para a saúde dos funcionários da saúde. Por incrível que possa parecer, os medicamentos disponíveis na farmácia básica, com certa dinâmica, dão para cobrir as necessidades dos usuários. Um problema sério e constrangedor é o lapso de tempo decorrido entre a solicitação dos exames complementares, que demoram, sem exagero, uma média de três meses. Quando o pedido é feito com urgência, demora mais ou menos 15 dias.

Merece destaque, em termos de barreiras arquitetônicas, a falta de sanitários especializados, para cadeirantes e deficientes físicos. Trata-se de uma peculiaridade em toda a rede municipal de saúde. A falta de disponibilidade, na nossa Unidade Básica de Saúde (UBS), de cadeiras de rodas, é uma constante. Não existe uma única cadeira de rodas, bem como maca fixa, em casos de poli traumatismos, principalmente quando há fraturas de coluna vertebral. Instrumental e material de sutura, também não há na nossa UBS. Aliás, foi à primeira reivindicação, que fizemos, quando assumimos a ESF-13. Já têm ocorrido ferimentos, a aproximadamente 80 quilômetros da sede municipal, que poderiam ter sido suturados na localidade, prevenindo hemorragias com possíveis riscos ao usuário. Ocorre que a gestão municipal, data vênica, é muito parcimoniosa em gastos com a saúde.

Em relação às prioridades e possibilidades de nossa governabilidade, para reduzir as dificuldades enfrentadas, é bastante limitada. Não por falta de vontade. Como ocorre com a totalidade das ESF, a chefia desta cabe à enfermeira que do alto de sua louvável e reconhecida capacitação é muito dedicada, além de carismática. Mas tem uma visão diferente do médico, em relação à saúde pública. Faz parte de sua formação primar pela administração. Daí a razão, até por uma questão de justiça, a parte administrativa das ESF ser confiada à categoria dos enfermeiros. Nossa enfermeira, bem como a técnica de enfermagem, altamente capacitada dedicam-se com preocupação constante, no sentido de a ESF-13 atingir os melhores níveis de atendimento possíveis. Com oferecimento de saúde com presteza e melhor qualidade. Níveis esses que vêm sendo atingidos. Tanto assim, que não há reclamações contra o atendimento de nossa ESF, perante a gestão municipal. Bem diferente do que ocorre com a maioria das congêneres.

A fim de darmos um melhor engajamento público, procurando envolver a sociedade, trazendo os anseios sociais, para dentro da nossa UBS, a partir de março, em cada local de atendimento, haverá uma reunião com a comunidade, para debater e ouvir suas justas reivindicações. Essa reunião será no mesmo dia das consultas médicas e antes destas. Por outro lado, também a partir de março, os ACS, durante suas visitas domiciliares, colherão por escrito os anseios do usuário, depositando-os em uma urna, que será aberta mensalmente. No final de cada mês, durante a reunião da produção, com todos os ACS e equipe, a enfermeira chefe da

ESF trará a debate os resultados desta coleta, com as reivindicações da comunidade. Depois de avaliado, o resultado será encaminhado ao gestor municipal, supervisor local do Programa Mais Médicos e ao Conselho Municipal de Saúde a fim de ser encaminhada a quem é de direito tão justas reivindicações.

1.2 Análise Situacional

São Borja, cidade histórica, berço do Primeiro dos Sete Povos das Missões Jesuíticas, na reconstrução, com mais de 3.000 km², estando entre os quatro municípios gaúchos de maior área territorial. Berço, também, de quatro presidentes e quatro governadores. Em São Borja, nasceram Getúlio Vargas e João Goulart, Pedro Aramburu Messa e José San Martín, estes presidentes, respectivamente, da República Argentina e Confederação das Repúblicas Peruanas. Aqui, quatro governadores viram a luz do dia, pela primeira vez: Getúlio Vargas, Ernesto Dornelles, Tarso Genro e Andrezito Artigas, este governador da argentina Província de Corrientes. Com uma população estimada em mais de 61.692 habitantes, conforme censo de 2010. Sua SMS, instalada na Praça da Lagoa, onde funcionam o Centro Municipal de Atendimento Especializado (CMAE) e duas UBS, com quatro profissionais da saúde, prestando atendimento de 20 horas semanais. Um turno de manhã, outro de tarde.

No CMAE, funcionam as especialidades de Cardiologia, Gastroenterologia, Ginecologia e Infectologia, Auditoria e o Ponto Atendimento Municipal (PAM), de segundas-feiras às sextas-feiras, das 18 às 22 horas e, nos fins de semana e feriados, durante 24 horas! Possui 14 ESF, incluindo a nossa ESF-13, que atua de forma itinerante e improvisada, dando assistência profissional a 22 localidades do interior do município de São Borja e mais a localidade de Rincão do Meio, no interior do vizinho município de Santo Antônio das Missões, decorrente de antigo convênio intermunicipal, completando, assim, 23 localidades de atendimento pela ESF-13. Localidades essas, na sua maioria, sem o mínimo de condições técnicas, infraestrutura, higiene, luminosidade, água potável e cem por cento sem sanitário para cadeirante/deficiente físico. O NASF existe. Mas não sabemos como funciona.

Porque, no nosso caso de ESF itinerante, atuando no interior, quando precisamos de apoio e/ou internação ao usuário, é mais prático e mais rápido, encaminhar o usuário ao CMAE, ou ao único hospital da cidade, a Fundação Ivan Goulart, em regime de urgência. Se não for a regime de urgência, e é bom que se diga:

Exames complementares laboratoriais e de imagem são feitos, geralmente, na Fundação Ivan Goulart/Laboratórios particulares conveniados com o SUS. Se não forem solicitados com urgência, demoram até três meses. Com pedido de urgência, demoram mais ou menos 15 dias. Na tomografia computadorizada na Fundação Ivan Goulart são cobrados de 500 a 600 reais, independente de se tratar de usuário do SUS, o que obriga o usuário ter de fazer seu exame de imagem em Santo Ângelo/Ijuí, que são os locais mais próximos para aquele tipo de exame. Ressonância Magnética não é feita na cidade de São Borja.

A ESF-13 em que se desenvolve este aprendizando é rural, itinerante e improvisada, na qual prestamos assistência, uma vez por semana. Na Vila de Nhu-Porã há a uma UBS tradicional com 1.104 usuários inscritos em sua microárea, que possui uma técnica de enfermagem, duas ACS e um dentista, que presta assistência profissional uma vez por semana, à tarde. Nessa localidade, prestamos assistência profissional em uma tarde, das 13 horas e 30 minutos às 20 horas, a 62 usuários. A média de atendimento é de 25 usuários por cada tarde de trabalho. A ESF-13 mantém vínculo com o SUS, abrangendo praticamente todas suas diretrizes: descentralização, universalidade, integralidade e autonomia. A ESF-13, também, mantém vínculo com estabelecimentos de ensino, principalmente, quando há surtos epidêmicos e/ou lançamentos de campanha de vacinação, conforme ocorreu recentemente, com a vacina contra o vírus papiloma humana (HPV) nas meninas de 11 a 13 anos. A enfermeira fez conferência nas escolas de ensino da micro-área, alertando a prevenção da vacina contra o HPV naquela faixa etária, preventivamente ao câncer ginecológico.

A UBS em que atuo é modelo ESF, com ACS, técnico de enfermagem, enfermeira, estando desfalcada de dentista há mais de três meses. Ao todo, a ESF-13 possui 10 ACS, que atuam em 15 micro-áreas. Em sete das 22 micro-áreas da governabilidade da ESF-13 não há ACS. Aspecto relevante da ESF diz respeito ao vínculo existente, onde há ACS. Nas micro-áreas em que não há ACS é muito mais

reduzido o vínculo usuário/equipe. Isto por que se observa que o ACS reside na micro-área e tem convívio quase diário com o usuário/usuário.

A estrutura física da ESF-13 já foi descrita no primeiro parágrafo. Repeti-lo, data vênia, tornar-se-ia redundância. Tratando-se de uma unidade de serviço itinerante e improvisado, apenas cinco localidades apresentam infraestrutura mais ou menos digna de serem chamadas de Unidades de Saúde: Vila Brites, Nhu-Porã, Sarandi, Samburá e Rincão do Meio, no município de Santo Antônio das Missões. Nestas, há água potável e sanitários higienizados. Apesar de não disporem, bem como nas demais localidades, de sanitários para cadeirantes e deficientes físicos. As estratégias a serem adotadas, a nosso ver, para superar/minimizar essas deficiências seriam contratação de mais ACS, de modo que nenhuma localidade de atendimento fique sem ACS. Com a aquisição de uma unidade móvel de saúde, através de um ônibus, com dois consultórios médicos, um gabinete dentário, mesa ginecológica para coleta de exames cito-patológicos, com sanitários, inclusive, para cadeirantes e deficientes físicos.

Em relação às atribuições de minha equipe, os aspectos positivos desempenhados dizem respeito ao controle de Diabetes, Hipertensão Arterial, câncer ginecológico e de mama, bem como assistência com educação ao idoso, com controle alimentar, exercícios físicos, mudanças nos estilos de vida, redução ao álcool e abolição ao tabagismo, encaminhando todo fumante à infectologia municipal, onde funciona curso semanal, todas as quintas-feiras, com excelentes resultados às vítimas da nicotina. As alternativas para ampliar e melhorar a qualidade de atendimento da ESF será a aquisição de mais um médico de saúde da família, a fim de que a ESF-13 possa dar um mínimo de duas consultas mensais, em cada localidade de atendimento, dando uma cobertura mais eficiente e com qualidade à saúde da população adstrita à minha equipe.

A população adstrita à área de atendimento da ESF-13 consiste em 4.208 habitantes. Desse total, 680 é população estimada, correspondente às sete áreas de atendimento, onde não há ACS. Em nenhuma nem outra, não foi registrada a densidade demográfica idade/sexo da população, na área adstrita. Nem foi avaliada a adequação do tamanho do serviço, em relação à estrutura da equipe, para o tamanho da área adstrita. O tamanho do serviço, realmente, está aquém do desejado. Haja vista ser humanamente impossível, nas condições atuais que lhe são

oferecidas, a ESF-13 dar assistência profissional duas vezes por mês, em cada localidade, como deseja e anseia a população das 23 localidades já referidas.

A estratégia a ser utilizada, seria a instituição de mais um médico, a fim de serem atingidas duas consultas mensais, em cada uma das 23 localidades de atendimento da ESF-13. Tanto população adstrita à área de atendimento, quanto ao tamanho da área adstrita, estão bem acima da média populacional estimada para um bom atendimento, em termos APS/UBS: 3.000 pessoas. E a área nem se fala, com um raio territorial de 80 quilômetros, centralizados à sede municipal.

Em relação à demanda espontânea, que é uma ferramenta nova, em termos de Saúde da Família, este especializando se sente muito feliz. Porque, de 2002 a 2004, quando trabalhava na ESF-08, em São Borja, com programação agendada para doze consultas, por turno, da manhã e da tarde, já se deixava três fichas de reserva técnica para atendimento de casos de emergência/urgência, que hoje se constitui na demanda espontânea. Os pontos positivos da demanda espontânea são a oportunidade que tem o usuário de ser atendido com prioridade, dentro de uma programação agendada, quando se tratarem de agravos agudos. O que num passado bem recente era inviável, com recomendação ao usuário/usuário procurar o hospital. Com a demanda espontânea, recorrer-se-á ao hospital somente quando não houver alternativa satisfatória ao nível de Atenção Básica. Além da demanda espontânea, é de fundamental importância a capacitação dos profissionais da saúde a fim resolver de maneira objetiva as complexidades que se apresentarem à atenção da UBS/ESF.

Em relação à saúde da criança, a ESF-13 se sente muito à vontade na faixa etária de 0 a 72 meses de vida porque, geralmente, nos dois primeiros anos, a mãe costuma levar o filho a consultar com seu pediatra. Geralmente do terceiro ano em diante, a criança começa a consultar na ESF-13. O serviço da nossa UBS não adota manual técnico nem registro específico, em relação à saúde da criança. A segurança que a equipe tem em relação à saúde da criança reside no fato de que é muito reduzido o número de patologias que acometem o infante de tenra idade. Tratam-se daquelas doenças típicas da infância, quadros febris agudos, de fácil diagnóstico e tratamento. Nos casos em acompanhamento não se identificou nenhuma doença crônica, sendo que pode vir a dificultar diagnóstico e tratamento.

A ESF-13 não adota nenhum protocolo ou manual técnico, nem registro específico. Pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP), o total de crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS é 4 (15%). Destas, nenhuma tem o teste do pezinho realizado até os sete dias de vida e nem a triagem auditiva realizada. Ainda, identificou-se que não há nenhuma forma de estrutura programática ao atendimento à criança, porque, quando se trata de agravo mais complexo, o infante ou é encaminhado ao pediatra e/ou ao hospital. Planejamento e monitoramento, em relação à atenção à saúde da criança, é sempre feito, em casos de agravos agudos, com encaminhamento ao setor especializado, acompanhado de monitoramento, acompanhado por toda a equipe. Sempre com resultados positivos. Dificuldades sempre aparecem em relação à atenção à saúde da criança. Principalmente, pelas dificuldades de acesso, no interior do município, onde tudo se torna difícil, para a criança e seus pais. Desde o pão ao leite. A adesão da população às ações propostas é sempre pronta e positiva.

O pré-natal, na sua totalidade, não é feito ao nível de ESF-13 porque a gestante gosta de fazer o tratamento com seu gineco-obstetra, que será o que vai assistir ao parto o que é muito importante. Pelas informações do CAP, o total de gestantes residentes na área e acompanhadas no Serviço são 63, além da estimativa que é de 33 usuárias. Todas tem o pré-natal iniciado no primeiro trimestre gestacional. As ações de atenção à gestante são, em primeiro lugar, o diagnóstico gestacional, quando apresenta quadro de amenorréia. Sendo positivo, a usuária é encaminhada ao gineco-obstetra com requisição de exames a serem feitos. Os aspectos positivos em relação à cobertura do pré-natal na ESF consistem no encaminhamento para a realização de todos os exames laboratoriais necessários, bem como aos três exames de imagem (ultrassonografia obstétrica) a partir do primeiro trimestre de gravidez. As dificuldades que podem ocorrer durante acompanhamento pré-natal são glicose gestacional, diabetes gestacional descompensada, eclampsia, gestação com ameaça de prematuridade. A adesão da população à proposta da qualidade das ações à saúde, ao planejamento e monitoramento sempre é integral porque a população tem vínculo com a equipe e, conseqüentemente, confiança na equipe, que não descuida no monitoramento, que é muito importante, para uma perfeita avaliação do quadro gestacional. Monitoramento esse com a participação de toda a equipe.

O registro de que dispõe a ESF-13 é o próprio prontuário médico de consultas, fazendo o monitoramento até a 40ª Semana de gestação e, depois, nos 42 dias de puerpério. Qualquer intercorrência, nesse período, a usuária puérpera é encaminhada imediatamente ao gineco-obstetra que realizou o parto. Pelo preenchimento do CAP, o número de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses foi de 51. Destas, 32 (63%) consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo, receberam orientação sobre planejamento familiar, tiveram as mamas examinadas, tiveram o abdome examinado, realizaram exame ginecológico, tiveram seu estado psíquico avaliado e 22 (43%) foram avaliadas quanto a intercorrências.

No que diz respeito à prevenção ao câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, na ESF-13 são executadas as rotinas traçadas pelo MS e Governo Federal: a) prevenção ao câncer de colo de útero a todas as mulheres adstritas na micro área, na faixa etária de 25 a 64 anos; b) prevenção ao câncer de mama a todas as mulheres circunscritas à microárea, na faixa etária de 50 a 69 anos. Em ambas as patologias sempre é feito um rastreamento, que se constitui em Promoção da Saúde e Prevenção Primária. Promoção essa estruturada de forma programática. Na prevenção ao câncer de colo de útero, nas mulheres rastreadas, é feito de rotina, através da enfermeira da ESF-13, com a coleta de material da exocérvice e endocérvice, para o cito-patológico, que é encaminhado ao laboratório de análise patológica, para exame, pela própria usuária. Por meio do CAP, o total de mulheres de 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero foi de 292 (48%). Destas, 271 (93%) estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia. Com dois resultados anuais negativos, a usuária é recomendada a repetir o CP, dali a três anos. Caso for positivo, a usuária será encaminhada ao centro especializado.

Em relação ao rastreamento do câncer de mama, os dados são imprecisos, o que não nos permitiu inferir com precisão o número de mulheres acompanhadas pela Unidade de Saúde. Possivelmente, a cobertura é baixa, em decorrência da demanda e também de que a UBS não apresenta uma adequada estrutura para atenção e assistência das usuárias. Como aspecto positivo, nós temos a presença

dos ACS que integram a micro-área e que são treinados para estarem alerta às queixas das usuárias. Incentivamos o exame da mama, uma vez que o sintoma clínico mais importante, no câncer de mama, é o nódulo, geralmente duro e irregular. Mas há nódulos de consistência branda, globosos e bem definidos. Muito importante é a detecção e o diagnóstico precoce. Nas manifestações clínicas são importantes: nódulo palpável, endurecimento de mama, secreção mamilar, eritema mamário, edema mamário em casca de laranja, invasão, descamação ou ulceração do mamilo e linfonodos axilares palpáveis. Importante, também, é o exame clínico das mamas, como método de rastreamento. Para exame de diagnóstico, a mamografia convencional vem sendo substituída pela mamografia digital e Ressonância Nuclear Magnética. A conduta a ser seguida pela população alvo, conforme a Organização Mundial da Saúde é: a) mulheres de 40 a 49 anos: ECM anual e, se alterado, mamografia; b) mulheres de 50 a 69 anos: exame clínico das mamas anual e mamografia a cada dois anos; e c) mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado: exame clínico das mamas e mamografia anual. Esse é o roteiro do câncer de mama no nosso serviço/ESF.

Quanto à adesão da população às ações propostas é receptiva. Haja vista seu comparecimento maciço, às reuniões em que foram debatidas as ações propostas pela ESF-13, referendando a qualidade da atenção à saúde, dos registros embora modestos e à base dos prontuários. Planejamento, monitoramento das ações de saúde, com a participação ativa dos ACS, técnica de enfermagem, enfermeira e médico. Sem a participação integral da equipe, seria impossível atingir tão bom nível, aplaudido pela população alvo à qual a SMS está em débito de dentista.

No Serviço, as ações que são realizadas, com vistas aos Hipertensos e/ou Diabéticos, consistem em: a) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): observação ao nível limite da PA = 140/90 mmHg = Hipertenso; e b) Diabetes Mellitus (DM) em jejum: HGT 126 mg/dl ou mais e HGT pós prandial = 200 mg/dl ou mais. O serviço da ESF-13, pelo fato de ser itinerante e improvisada, faz o registro de HAS e DM 2 nos próprios prontuários de consultas, os quais são bem estruturados e ricos em detalhes. DM tipo I não existe, na microárea de atendimento da ESF-13. As ações a ambas as patologias são estruturadas de forma programática. Os hipertensos, durante três meses, são tratados única e exclusivamente, com controle alimentar

hipossódico, exercícios físicos e mudanças no estilo de vida, acrescidos de condutas farmacológicas. Durante esse período, são requisitados exames laboratoriais amplos e completos. Conforme os resultados obtidos, durante os três meses, o usuário continua o tratamento ao nível de ESF ou é encaminhado, com os exames, à cardiologia. Pelo CAP, o total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na Unidade de Saúde é de 129 (26%), sendo que 100% tem realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e nenhum usuário está em atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, nenhum dos usuários em acompanhamento tem exames complementares periódicos em dia, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e avaliação de saúde bucal em dia. Isto vem a fragilizar sobremaneira a qualidade da assistência a esta população-alvo.

Com os diabéticos, a conduta é semelhante: controle alimentar, dieta branda, rica em fibras pobre em hidratos de carbono e lipídios, exercícios físicos, controle ao álcool e abolição ao tabagismo, se for o caso. Ao fim de três meses, com exames complementares prontos, se houve evolução satisfatória, o usuário continua o tratamento ao nível de ESF. Caso contrário, será encaminhado à Endocrinologia. No estudo pelo CAP, o total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados no Serviço é de 248 (100%), representando um número de usuários em acompanhamento além das estimativas para esta área de abrangência.

Os aspectos positivos/negativos dependem do próprio usuário. Como diria o pastor evangélico: *"A quem não se ajuda Deus não ajuda!"* A adesão da população é precária, procurando colaborar a seu modo, sempre vigilante, emprestando valiosa colaboração de monitoramento, o que é importante e compartilhado com os demais membros da equipe, já referidos anteriormente.

A qualidade dos registros restringe-se aos prontuários de consulta, onde são planejados os roteiros de educação e saúde, a serem seguidos pelo usuário, com o acompanhamento de familiares. Os medicamentos, a serem ministrados a hipertensos e diabéticos são exclusivamente genéricos, distribuídos pelo SUS, no nível de farmácia básica. Quando o usuário, além de diabético, também é hipertenso, concretiza-se importante diretriz do SUS: Integralidade!

Em relação à saúde dos idosos, as ações realizadas na ESF-13 são de primeira qualidade, se for levado em consideração o trabalho desempenhado por

uma unidade de saúde itinerante e improvisada. As ações de saúde ofertadas aos idosos não estão estruturadas de forma programática, por exemplo, não há equipe completa (sem dentista), o que poderia dificultar a oferta de atenção e assistência à saúde bucal. A doença bucal é uma das prioridades do usuário/usuário idoso, quer através de extração dentária, prótese etc. Mas, os idosos entendem que essa deficiência independe da equipe. Trata-se de responsabilidade de gestão, que foge à governabilidade da equipe. Pelo CAP, o total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na ESF-13 é de 498 (100%). Os aspectos positivos em relação ao idoso são, em primeiro lugar, o vínculo que a equipe mantém com a população da terceira idade, seguida da orientação educacional, no sentido de alimentação adequada, exercícios físicos, restrição ao álcool e tabagismo. Educação que se estende à prática de ginástica ao ar livre, em praças públicas, como está sendo instituída aqui em São Borja.

Finalizando, consideramos como maior desafio encontrado pela ESF-13, nas localidades onde presta assistência profissional, foi e é convencer o obeso a perder peso. Seja DM ou não. O DM é mais resistente e irreverente! Os melhores resultados que a nossa ESF conseguiu foi não ter perdido nenhum usuário por omissão e não ter havido nenhuma reclamação, em 15 meses de prestação de serviços profissionais, juntamente com minha maravilhosa equipe, dos ACS, técnica de enfermagem, enfermeira, dentista de que não contamos desde o começo do ano, mas estamos felizes sem ele, que passou em primeiro lugar, em concurso público, na cidade de Tapera! Os aspectos levantados nos questionários nem nos Cadernos de Ações Programáticas não conseguiram nos surpreender, porque já conhecíamos seus embasamentos e princípios didáticos, que são modernos e atualizados. Os Cadernos de Ações Programáticas são mais aprimorados, utilizando o visual, através de figuras simbólicas, com sentido didático mais acurado.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparando a situação atual da ESF-13, em relação à Segunda Semana de Ambientação, com o tema Qual a Estrutura da Sua UBS – I, a diferença é enorme.

Lá, em começos de fevereiro, discutíamos estrutura arquitetônica, em relação às irregularidades, em que funcionava a nossa ESF-13, incluindo, inclusive, dificuldades de acesso, higiene, falta de iluminação, água potável, sanitários adequados para cadeirantes e deficientes físicos. Concordamos que a maioria dessas irregularidades ainda persistem, mas contrariamente à vontade de todos os integrantes da nossa UBS/ESF. Lá, tínhamos uma visão opaca de como deveria ser estruturada uma UBS/ESF. Mas, hoje com os conhecimentos adquiridos, através do projeto pedagógico dos especializandos temos condições de por em prática o que aprendemos, principalmente, em Educação Popular em Saúde.

A partir das palavras de Ivo Pedrosa, aprendemos movimentar a população da micro-área da ESF-13, debatendo com os meios sociais, para ouvir suas reivindicações. A primeira reivindicação foi de um dentista, que, por ironia, o que tínhamos, perdemos. A segunda, mais um médico a fim de dar melhor cobertura à micro área e a terceira uma unidade móvel, através de um ônibus para a saúde, com equipamento completo. O médico está sendo contratado e o ônibus que será a grande conquista, de repercussão regional e, talvez, até nacional, está sendo objeto de uma Moção, acompanhada de ante-projeto de lei, a ser encaminhado ao Ministério da Saúde-Governo Federal, conforme propositura do vereador CAL, na Câmara de Vereadores de São Borja. Tão logo seja aprovado, terei o prazer de enviar cópia à Orientação/Coordenação do MM.

Posso mencionar que a Unidade 1 – Análise Situacional foi bastante importante, pois ela serve para diagnosticar aspectos positivos e negativos da UBS, em termos de estrutura (adequada, condizente ou não com o Ministério da Saúde), processo (profissionais, atribuições) e resultados (usuário, atenção, assistência). Para mim, permitiu um maior “empoderamento” das dificuldades, limitações e qualificações, pois embora, a maior parte da população seja carente e more na zona rural, nós buscamos da melhor forma possível, procuramos oferecer além da consulta, orientações e educação em saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, o percentual de mulheres submetidas a exames citopatológicos, pelo menos uma vez na vida, aumenta de 82,6 % em 2003, para 87,1 %, em 2008. Por outro lado, IBGE registrou uma cobertura 70 % em mulheres, na faixa etária de 50 a 69 anos, submetidas à mamografia, na prevenção ao CA de mama. De 2009 e 2012, no Brasil, o câncer de colo uterino foi considerada a terceira causa de morte por câncer em mulheres, com uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,8 e 4,72 óbitos respectivamente para cada 100 mil mulheres. Em 2014, são esperados 15.590 casos novos, com um risco estimado de 15,3 casos a cada 100 mil mulheres. (BRASIL, 2013a). O câncer de mama, sendo o mais incidente nas mulheres, apresentou aproximadamente 1,4 milhão de casos novos no ano 2008 (BRASIL, 2013b; INCA, 2010; 2011).

No interior do município de São Borja, especificamente, na zona rural, temos várias necessidades de melhorias dentre elas, a detecção e prevenção ao câncer de colo do útero e mama. Tanto a prevenção ao câncer do colo do útero, como o de mama exigem rastreamento precoce e diagnóstico também precoce, em caso de agravos. Uma precocidade com o verdadeiro significado da palavra. Precocidade essa, que, infelizmente, muitas vezes, vem sendo exercida tardiamente. Atraso esse, que, rotineiramente coloca em risco a vida das próprias usuárias. Consciente desse alto risco e capacitada a enfrentá-lo, a equipe da ESF-13, de comum acordo, aceitou o desafio. Convicta de que trará qualidade a prestação de serviços multiprofissionais e no foco, na sua área de abrangência!

A nossa ESF foi idealizada em 2002, sob a sigla de ESF-13, para funcionar de forma itinerante e improvisada, para atuar na zona rural de São Borja. Só que esse improviso se arrasta por mais de doze anos. Fazendo cobertura em 24 comunidades, numa área de abrangência de 2228 pessoas, conforme o CAP. A equipe é constituída de um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e dez ACS. Sem dentista, desde dezembro de 2013. Essa área de abrangência compreende um eixo de 80 quilômetros de distância, uma das quais localizada no vizinho município de Santo Antônio das Missões. Nessa área de abrangência, há barreiras em tudo. Desde as barreiras de estradas, com dificuldades de acesso, às de higiene, falta de água potável e sanitárias, principalmente, para deficientes e cadeirantes. Uma das maiores dificuldades, enfrentadas pela ESF-13, em face do foco, é a falta de um gabinete ginecológico, adequado para a coleta de material citopatológico, em face da grande demanda em prevenção ao câncer de colo do útero.

A população feminina, na área adstrita é de 1.218 usuárias, das quais 843 mulheres fazem parte da população alvo de prevenção ao câncer do colo do útero/controle do CA de mama. Nosso propósito, conforme combinamos com a equipe, é fazer um primeiro rastreamento no câncer de mama, na faixa etária de 50 a 69 anos. É lamentável registrar que nosso CAP não está completo, muitas vezes e, inclusive, no que diz respeito a justificativa, em face de nossa central de dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) contar com apenas um técnico em informática, que, no momento, encontra-se em férias. As usuárias que apresentarem, tanto citopatológico como mamografia alterados, serão encaminhadas ao Serviço Municipal de Ginecologia.

Pelos aspectos mencionados acima, é necessário intervir no foco saúde da mulher para gerar benefícios, tendo-se em vista, que as neoplasias, especialmente, o Câncer de Colo de Útero e de Mama, podem ser detectados precocemente e por consequência, minimizar as consequências na morbimortalidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Detecção e Prevenção do Câncer de Colo do Útero e de Mama na ESF-13, no município de São Borja-RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivos

1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama.
2. Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde.
3. Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama.
6. Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde.

Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama

- 1.1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 60%.
- 1.2. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 60%.

Relativa ao objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde

- 2.1. Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia

- 3.1. Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.
- 3.2. Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.
- 3.3. Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.
- 3.4. Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

- 4.1. Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.
- 4.2. Manter registro da realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.

Relativas ao objetivo 5: Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama

- 5.1. Pesquisar sinais de alerta para o câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal).
- 5.2. Realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres entre 50 e 69 anos.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde

6.1. Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.

6.2. Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na ESF-13, no Município de São Borja, RS, Brasil. Participarão da intervenção usuárias na faixa-etária de 25 a 64 anos residentes e acompanhadas e mulheres entre 50 e 69 anos.

A intervenção será realizada utilizando, principalmente como base, o Caderno de Atenção Básica nº 13-Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (BRASIL, 2013).

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos para 60%,

Meta 1.2: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 60%.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade periodicamente (pelo menos trimestralmente), bem como monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade periodicamente (pelo menos trimestralmente).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Acolher todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade que demandem a realização de exame citopatológico de colo uterino na unidade de saúde; cadastrar todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade da área de cobertura da unidade de saúde; acolher todas as mulheres de 50 a 69 anos de idade que demandem a realização de mamografia na unidade de saúde e cadastrar todas as mulheres de 50 e 69 anos de idade da área de cobertura da unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do exame citopatológico do colo uterino pelas mulheres de 25 a 64 anos de idade. Esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização do exame citopatológico do colo uterino. Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização de mamografia pelas mulheres de 50 a 69 anos de idade. Esclarecer a comunidade sobre a importância de realização do autoexame de mamas. Esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização do exame de mama.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe da unidade de saúde no acolhimento às mulheres de 25 a 64 anos de idade. Capacitar os ACS para o cadastramento das mulheres entre 25 a 64 anos. Capacitar a equipe da unidade de saúde quanto a periodicidade de realização do exame citopatológico de colo do útero. Capacitar a equipe da unidade de saúde no acolhimento às mulheres de 50 a 69 anos de idade. Capacitar a equipe da unidade de saúde quanto a periodicidade e a importância da realização da mamografia. Capacitar os ACS para o cadastramento das mulheres entre 50 a 69 anos de idade.

Detalhamento de Ações: Monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres, na faixa etária de 25 a 64 anos, periodicamente, no mínimo a cada três meses, na área adstrita àquela unidade de saúde pública. Será realizado a partir do começo de junho do corrente ano, enquanto durar a intervenção. Será feito pela enfermeira, através de material, coletado na cérvix e endocérvice uterina, supervisionado pelo médico da equipe e encaminhado ao laboratório de referência. Ao retornar à ESF-13, o resultado do

preventivo citopatológico, duas condutas serão orientadas: a) se alterado, a usuária será encaminhada, com o laudo do exame, ao centro de referência especializada; b) se o resultado do exame for negativo, a usuária será orientada a repetir aquele exame, no fim do primeiro ano. Se negativo, novamente, ser-lhe-á recomendado a repetir o mesmo preventivo, ao final dos próximos três anos.

Monitorar, também, a cobertura da detecção precoce do câncer de mama das mulheres, na faixa etária de 50 a 69 anos, residentes na área adstrita à ESF-13. Essa detecção precoce será feita pela enfermeira, supervisionada pelo médico da equipe, através de exame clínico de mama (ECM), mamografia tradicional/digital e ecografia/RM. Nos casos de resultados de exames mamográficos alterados, a usuária será encaminhada à clínica de referência especializada. O responsável pelo monitoramento será, sempre, o médico. O rastreamento precoce do câncer de mama, também, está previsto, para ser executado, de começos de junho do corrente ano, enquanto durar a intervenção.

Monitorar periodicamente, não ultrapassando o lapso de tempo de três meses, a partir de começos de junho do corrente ano, de todas as mulheres acompanhadas, na unidade de saúde. Registro será feito nos protocolos específicos, usados pela unidade de saúde. Sob a responsabilidade da enfermeira.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde

Meta 2.1: Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a adequabilidade das amostras dos exames coletados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO

Organizar arquivo para acomodar os resultados dos exames. Definir responsável pelo monitoramento da adequabilidade das amostras de exames coletados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Compartilhar com as usuárias e a comunidade os indicadores de monitoramento da qualidade dos exames coletados.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Atualizar a equipe na coleta do citopatológico do colo de útero de acordo com protocolo do Ministério da Saúde.

Detalhamento de Ações: A adequabilidade e qualidade das amostras dos exames coletados, na prevenção do câncer uterino e/ou controle precoce do câncer de mama, serão monitorados e executados sob a responsabilidade da enfermeira, no período compreendido de começo de junho do corrente ano enquanto durar a intervenção, no âmbito da ESF-13/CMAE.

Todos os exames, para detecção de câncer de colo de útero e mama, serão monitorados, bem como o cumprimento da periodicidade da realização dos exames, previstos nos protocolos, adotada pela ESF-13. Essa periodicidade não deve exceder a três meses.

Todas as mulheres cadastradas serão acompanhadas na unidade de saúde sob exclusiva responsabilidade do médico. Mensalmente, as mulheres com risco, acompanhadas na unidade de saúde, serão avaliadas pelo médico.

A ESF-13, dada sua condição de unidade de saúde itinerante, atuando na zona rural do interior do município de São Borja adotará a ficha espelho e planilhas, recomendada pelo curso da UFPel. Sendo de responsabilidade do médico (especializando do curso) o monitoramento sobre o preenchimento adequado das fichas espelho e da planilha de coleta de dados.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia

Meta 3.1: Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Meta 3.2: Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Meta 3.3: Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame cito patológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Meta 3.4: Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar os resultados de todos os exames para detecção de câncer de colo de útero, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela unidade de saúde. Monitorar os resultados de todos os exames para detecção de câncer de mama, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO

Facilitar o acesso das mulheres ao resultado do exame citopatológico de colo de útero. Acolher todas as mulheres que procuram a unidade de saúde para saber o resultado do exame citopatológico do colo de útero. Organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas. Organizar a agenda para acolher a demanda de mulheres provenientes das buscas. Definir responsável para a leitura dos resultados dos exames para detecção precoce de câncer de colo de útero. Facilitar o acesso das mulheres ao resultado da mamografia. Acolher todas as mulheres que procuram a unidade de saúde entregar mamografia. Organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas. Organizar a agenda para acolher a demanda de mulheres provenientes das buscas. Definir responsável para a leitura dos resultados dos exames de mama.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer de colo de útero e do acompanhamento regular. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres (se houver número excessivo de mulheres faltosas). Esclarecer as mulheres e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização dos exames. Compartilhar com as usuárias e a comunidade as condutas esperadas para que possam exercer o controle social. Informar as mulheres e a comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado do exame citopatológico de colo de útero. Informar a comunidade sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer mama e do acompanhamento regular. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres (se houver número excessivo de mulheres faltosas). Esclarecer as mulheres e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização dos exames. Compartilhar com as usuárias e a comunidade as condutas esperadas para que possam exercer o controle social. Informar as

mulheres e a comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado da mamografia.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Disponibilizar protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames. Capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa das faltosas. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o acolhimento da demanda por resultado de exames. Capacitar a equipe da unidade de saúde para monitoramento dos resultados do exame citopatológico do colo uterino. Disponibilizar protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames. Capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa das faltosas. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o acolhimento da demanda por resultado de exames. Capacitar a equipe da unidade de saúde para monitoramento dos resultados da mamografia.

Detalhamento de Ações: Implica em monitorar todos os exames, para detecção de câncer de colo de útero e mama, bem como o cumprimento da periodicidade da realização dos exames, prevista nos protocolos, adotado pela ESF-13. Essa periodicidade não deve exceder a três meses. A adesão deve ocorrer a nível da ESF-13, a partir de começos de junho do corrente ano, monitorada por toda a equipe e população adstrita. O responsável pela adesão será a enfermeira.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.

Meta 4.2: Manter registro da realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar periodicamente os registros de todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO

Manter as informações do SIAB atualizadas ou ficha própria. Implantar planilha/ficha/registro específico de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento do registro.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Esclarecer as mulheres sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Treinar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado das informações.

Detalhamento de Ações: Para organizar o registro específico do programa, vamos identificar as fichas das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, para a prevenção do câncer de colo de útero, e de 50 a 69 anos, quando se tratar de controle do câncer de mama, com um lembrete na ficha da usuária do serviço (ANEXO D). O agendamento será feito com ajuda da enfermeira que tem experiência no trabalho desta área de saúde, com a ajuda dos ACS, com o assessoramento da técnica de enfermagem, desde a organização do registro específico.

Objetivo 5. Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama

Meta 5.1: Pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo).

Meta 5.2: Realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres entre 50 e 69 anos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Identificar as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama. Estabelecer acompanhamento diferenciado para as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Esclarecer as mulheres e a comunidade sobre os fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Estabelecer medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação. Ensinar a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe da unidade de saúde para realizar avaliação de risco para câncer de colo de útero e de mama. Capacitar a equipe da unidade de saúde para medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação.

Detalhamento de Ações: Monitorar a realização de avaliação de risco de todas às mulheres acompanhadas na unidade de saúde, a partir de começos de junho do corrente ano e enquanto durar a intervenção, em nível de ESF-13. Sobre exclusiva responsabilidade do médico. Mensalmente, as mulheres com risco, acompanhadas na unidade de saúde, serão avaliadas pelo médico.

Objetivo 6. Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde

Meta 6.1: Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Meta 6.2: Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar número de mulheres que receberam orientações.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir junto ao gestor municipal distribuição de preservativos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Incentivar na comunidade para: o uso de preservativos; a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas; a prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para orientar a prevenção de DST e estratégias de combate aos fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento de Ações: A promoção da saúde estará baseada nas diretrizes básicas do SUS: universalidade, integralidade, equidade e autonomia.

Somadas à comunidade, que terá fundamental participação na divulgação da importância do foco na prevenção do câncer de colo de útero e no controle do CA de mama. A participação comunitária poderá promover por meio de bingos e domingueiras, tendo condições de mobilizar as associações de moradores, a fim de complementar determinados gastos, que não tenham sido contemplados pelo gestor.

2.3.2 Indicadores

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama

Meta 1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 60%.

Indicador: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero.

Numerador: Número de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas com exames em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 60%.

Indicador: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres entre 50 e 69 anos de idade com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 e 69 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde

Meta: Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero.

Indicador: Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero.

Numerador: Número de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero realizados.

Denominador: Número total de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde que realizaram exame citopatológico de colo de útero.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia

Meta 1: Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero.

Indicador: Proporção de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde.

Numerador: Número de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não retornaram à unidade de saúde.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa com exame citopatológico de colo de útero alterado.

Meta 2: Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Indicador: Proporção de mulheres que tiveram mamografia alterada que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde.

Numerador: Número de mulheres que tiveram mamografia alterada que não retornaram à unidade de saúde.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa com exame de mamografia alterada.

Meta 3: Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Indicador: Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Numerador: Número de mulheres com exame alterado (citopatológico de colo de útero e/ou mamografia) que não retornaram à unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Denominador: Número de mulheres com exame alterado (citopatológico de colo de útero e/ou mamografia) que não retornaram à unidade de saúde.

Meta 4: Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Indicador: Proporção de mulheres com mamografia alterada que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Numerador: Número de mulheres com mamografia alterada que não retornaram a unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Denominador: Número de mulheres com mamografia alterada que não retornaram à unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 1: Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.

Indicador: Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero.

Numerador: Número de registros adequados do exame citopatológico de colo de útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa.

Meta 2: Manter registro da realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.

Indicador: Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia.

Numerador: Número de registros adequados da mamografia.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas no programa.

Relativos ao objetivo 5: Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama

Meta 1: Pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo).

Indicador: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Numerador: Número de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa.

Meta 2: Realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres entre 50 e 69 anos.

Indicador: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 a 69 anos cadastradas no programa.

Relativos ao objetivo 6: Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde

Meta 1: Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Indicador: Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Numerador: Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de colo de útero.

Meta 2: Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

Indicador: Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de mama.

2.3.3 Logística

A intervenção que pretendemos implantar na nossa ESF-13, que é itinerante, será à luz da logística, que sabemos não será fácil de adaptá-la. As ações contemplarão os quatro eixos pedagógicos: Organização e Gestão do Serviço; Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica; e Engajamento Público.

A logística a ser proposta e implantada na ESF-13, que é de prestação de ações a uma população eminentemente rural e de difícil acesso, será atingida em longo prazo. Porque jamais se poderá atingir a perfeição, persistindo dificuldades, principalmente, de acessibilidade e discernimento, se levarmos em consideração a baixa escolaridade da população/alvo.

Com a aquisição da unidade móvel, prevista para os próximos meses, será um avanço, em termos logísticos, em razão dos equipamentos modernos de que aquele veículo de saúde dispõe, facilitando coleta de exames citopatológicos e exames clínicos de mama, que devem ser realizados em mesa ginecológica, como a de que disporá a unidade móvel de saúde.

A intervenção será realizada num período de 16 semanas, onde serão desempenhadas as ações na Unidade de Saúde ESF-13, através do acompanhamento das mulheres, na faixa etária de 25 a 64 anos, em caso de prevenção ao câncer de colo de útero e de 50 a 69 anos, quando se tratar de controle de câncer de mama, pertencentes à área da unidade de saúde e acompanhadas pelo Programa.

A captação destas mulheres será realizada na UBS, assim que a usuária procurar atendimento na unidade, já será marcado sua consulta com o médico, que

a cadastrará no Programa de prevenção de CA de colo de útero e controle do CA de mama. Os dados coletados dos exames de citopatológicos, na prevenção ao câncer de colo de útero e de mamografia, quando se tratar de controle do câncer de mama, serão repassados ficha espelho (ANEXO C) e/ou prontuário, que contém todas as informações necessárias para o seu acompanhamento, sendo posteriormente transferidas para as planilhas de coleta de dados da intervenção (ANEXO B), também serão realizadas atividades como: orientações, integração da equipe multiprofissional durante o cuidado, capacitação da equipe, com acompanhamento e avaliação periódica. A realidade da nossa ESF-13 foge à realidade das demais congêneres, por se tratar de uma unidade de saúde itinerante, desprovida de equipamentos adequados e de elementos humanos, como é o caso de, apesar de unidade de saúde da família, não dispor de dentista, desde dezembro do ano passado.

Será realizada a capacitação da equipe segundo as normas do protocolo, primeiramente em conjunto, e, após, em grupos divididos segundo sua atividade. Os enfoques serão a organização da linha de cuidado em Saúde da Mulher a priori organizando o planejamento das consultas com agendamento de consultas nas agendas do médico e enfermeiro, padronização das consultas médicas e de enfermagem para avaliação e acompanhamento das mulheres, exames preventivos e avaliação física, solicitação e avaliação de exames complementares, busca ativa, atualização do cadastro, revisão dos faltosos bem como informações a serem fornecidas à comunidade sobre estilo de vida e cuidados com a saúde. Serão capacitados: ACS, para cadastramento, rastreamento precoce e busca ativa; para os registros específicos, serão capacitados técnicos e auxiliares de enfermagem para a coleta de material citológico cervical e endocervical. A técnica de enfermagem está capacitada para implementar o cadastramento feito pelos ACS da população alvo, na área adstrita à unidade de saúde, na coleta de material para o preventivo de colo do útero, bem como para auxiliá-la no exame clínico de mamas (ECM).

Para atingir todos os indicadores necessários, médico e enfermeira estão elaborando um modelo de ficha espelho complementar, que passa pelo gestor, para autorizá-la, porque implica em custos.

Para organizar o Registro Específico, a enfermeira revisará o livro de registro, organizando um formulário específico, a fim de identificar todas as mulheres, na

faixa etária de 25 a 64 anos, bem como na faixa etária de 50ª 69 anos, que compareceram à unidade de serviço nos últimos três meses, que é o lapso de tempo recomendado, para um monitoramento regular.

A priorização da organização da agenda, em relação ao foco, está encontrando, inicialmente, certa dificuldade, em face de a ESF-13 ser itinerante e, em cada dia, atender uma localidade diferente e distante. Esse é um caso típico de ajuste. Ajuste, que está sendo feito, desde 11 de julho do corrente ano, com o agendamento dos casos urgentes, dentro do foco, para o DIA em que a ESF-13 tem agendamento próximo à localidade da usuária que necessita prioridade/emergência. Nesse caso, a ESF-13 fará uma visita domiciliar à usuária enferma, ou esta vai localidade, onde se encontra a ESF-13, a fim de ser atendida mediante o protocolo de Demanda Espontânea.

A Busca Ativa das usuárias faltosa será feita pelos ACS, que estão capacitados para tal, desde 11 de julho do corrente ano. Os ACS dispõem de seis vagas por semana e 24 mensais, a fim de impulsionar as faltosas, com agendamento em horário preferencial e condizente com o interesse da enferma faltosa. A capacitação dos ACS será sempre supervisionada pela enfermeira.

O processo de referência e contra referência não mudará não mudará muito do modelo tradicional, que adota no formulário de encaminhamento, o espaço para ser contra referenciado, pelo titular da especialidade a que foi encaminhado o usuário. Geralmente, em caráter de urgência e/ou emergência. É mais ou menos como está em uso, atualmente. Não mudará muito. Até por razões econômicas, que são fatores que sempre devem ser levados em consideração, a qualquer nível de prestação de ações, que na APS e/u nos centros de referência especializados.

O acesso aos exames pelas usuárias é livre. Porém as usuárias não têm muito interesse de ir a seu encontro, porque, comumente, elas terão de dispor de várias oportunidades, em razão do tradicional atraso com que os exames complementares ficam prontos, para serem entregues à usuária. Quando são solicitados com urgência, levam um mínimo de 15 dias, para ficarem prontos, a ponto de serem entregues à usuária. Quando não há a referência de urgência, aí a demanda se arrasta até por mais de três meses.

O preenchimento e atualização das informações do Sistemas de Informação – Colo do Útero e de Mama funcionam, desde antes de 11 de julho do corrente ano,

sob responsabilidade e supervisão da enfermeira, que, além de tantas atribuições, é a chefe da equipe da ESF-13. Os formulários de preenchimento, também, não foram alterados. A alteração radical, mesmo, houve em relação à ficha espelho individual. Com enorme complexidade. Haja vista que somente a numeração do Cartão SUS é constituída de quinze números, que, no sistema atual, são transcritos para a ficha espelho pelo médico.

O acompanhamento diferenciado das mulheres de maior risco é feito, com assistência de primeira qualidade. Além do médico e enfermeira, há a supervisão especial do gestor, providenciando recursos financeiros e condução para o encaminhamento aos centros de referência especializada, cuja maioria se localiza na capital gaúcha. Há centros de referência de menores demandas, por exemplo, em Santo Ângelo, Ijuí, Passo Fundo, Santa Maria, Uruguaiana e Pelotas. Não há dúvidas de que há acolhimento e facilidade de acesso das usuárias de alto risco ao programa de prevenção ao CA de colo de útero e prevenção ao câncer de mama. Não restam dúvidas, também, de que o acolhimento e acompanhamento diferenciado contemplam a organização e gestão do serviço. Tanto assim, que são supervisionados pelo próprio gestor.

O acolhimento, tanto às usuárias de alto risco, como às de baixo risco, são de primeiríssima qualidade. Um dos indicadores dessa primeiríssima qualidade é o carinho carismático com que as usuárias são acolhidas, tanto pela enfermeira, quanto pela técnica de enfermagem da ESF-13.

Faremos contatos com a associação de moradores da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas e a indicação de exames de avaliação para prevenção contra o câncer de colo uterino e de controle do câncer de mama.

A participação da comunidade como vem acontecendo será bem importante, será realizada reunião mensal, em cada uma das 23 localidades a que a ESF-13 nos municípios de zona rural em São Borja e Santo Antônio das Missões. Nessas reuniões, em termos de equipe, desde os ACS ao médico, todos têm a mesma autonomia e liberdade, para levantar a discussão, o assunto que acharem pertinente à comunidade e, em especial, ao atendimento profissional de saúde. Debates embasados, na teoria de Educação Popular em Saúde.

Para sensibilizar a comunidade, serão agregadas várias ações, com o esclarecimento da importância da prevenção ao câncer de colo de útero e controle do câncer de mama. Enfatizando a comunidade da importância e prioridade que o MS/Governo Federal vem dando aos dois temas: prevenção ao câncer de colo de útero e controle do câncer de mama. Serão feitos contatos, com associação de moradores e representantes das igrejas católicas e evangélicas, destacando-se a importância da prevenção aos dois temas, esclarecendo à comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento desse grupo populacional.

2.3.4 Cronograma

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

Após a finalização da intervenção (duração de 16 semanas), é importante e necessário refletir sobre as características relacionadas ao trabalho, tanto em termos de operacionalização, quanto do cumprimento ou não das ações previstas pelo cronograma.

Conforme o curso orienta, através da intervenção foram desenvolvidas ações em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação do serviço de saúde, engajamento público e qualificação da prática clínica.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Por estarmos trabalhando em uma ESF-13 itinerante e desfalcada, em que estamos, por exemplo, sem dentista há mais de um ano, podemos assegurar que tivemos mais dificuldades do que facilidades para cumprir as ações previstas no Projeto nestas 16 semanas de intervenção. Mas, nem por isso desanimamos! Com a valiosa colaboração da equipe e da comunidade, conseguimos alcançar resultados, considerados pelos usuários de “milagrosos”, conforme é do pleno conhecimento de nosso supervisor local.

Diante disso, não conseguimos cumprir integralmente com o proposto no cronograma. Mas, as ações foram cumpridas, mesmo que de forma parcial. As ações relacionadas à saúde bucal, apesar da falta de um dentista, que traz uma enorme lacuna em termos de saúde bucal em uma ESF, foram cumpridas através do serviço especializado de Odontologia municipal para onde nossa ESF encaminhava os usuários.

A precariedade das estradas de chão somadas à falta de transporte, às vezes não dispendo também de motorista e levando-se em conta que a nossa ESF-13 é itinerante e improvisada, para dar cobertura à área rural de São Borja,

que tem um raio de 80 quilômetros também dificultou algumas ações. Entre estas ações que foram prejudicadas destaco as visitas domiciliares e a busca ativa.

Com relação às ações relacionadas à promoção à saúde as mulheres foram orientadas sobre a importância da prevenção do câncer de colo e mama, de não fumarem, controlarem alimentação e peso e praticarem exercícios físicos para a prevenção do câncer de colo do útero e mama. Isto foi importante porque às mulheres passaram a comparecer conforme orientado às consultas de retorno. Como é gratificante, quando o profissional orienta e o usuário segue à risca a orientação recebida!

Por outro lado, a responsabilidade da capacitação foi compartilhada, entre médico e enfermeira, a fim de se dividirem tarefas e não sobrecarregar um único membro da equipe. Foram capacitados não só os 10 ACS, mas até o motorista da condução que conduz a equipe participou das capacitações.

As ações, de um modo geral, não apresentaram grandes dificuldades, em face de nossa longa experiência na prestação de ações relacionadas à saúde da família. As dificuldades apresentadas, a nosso ver, foram compartilhadas com o usuário e estão mais relacionadas às barreiras arquitetônicas, como a precariedade de estradas, a dificuldade na acomodação e acolhida aos usuários pela UBS ser itinerante. Mas nenhuma ação deixou de ser cumprida. A parte clínica, do atendimento, foi realizada de acordo com os Protocolos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto foram cumpridas no transcurso da intervenção, mesmo com algumas dificuldades.

3.3. Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

O cadastramento e o registro foram realizados pela enfermeira, chefe da ESF-13, com longa experiência e competência, inclusive, carismática. Cabe ressaltar, que a planilha eletrônica utilizada facilitou muito o controle das ações. Este sistema de registro eletrônico permite precisão e agilidade no registro e

controle e os dados podem facilmente serem colocados à disposição dos profissionais da saúde e também da gestão.

As dificuldades encontradas, na sistematização de coleta dados, foram maiores do que todas as outras dificuldades. Até o presente momento, passado um mês de 2015, o Sistema de Dados da SMS não conseguiu, ainda, ultrapassar o mês de julho de 2014. As alegações do técnico de informática restringem-se às dificuldades relacionadas às distâncias e falta de elemento humano com preparo adequado.

As dificuldades encontradas foram desde o início quando precisávamos avaliar a situação de nossa unidade e não tínhamos os dados e tivemos que usar algumas estimativas da nossa população.

Durante a intervenção, não foi fácil a compreensão da formação dos indicadores, com o denominador e numerador. Mas, apesar das dificuldades, a adoção da planilha eletrônica em Excel, se tornou instrumento indispensável à monitorização e avaliação das nossas ações.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As dificuldades encontradas foram enormes. Principalmente, para este aluno, que, pela primeira, vez está fazendo um curso que necessita de conhecimento de informática e à distância.

Mesmo assim, conseguimos incorporar as ações, previstas no projeto de intervenção, às ações de rotina da nossa ESF, as quais estão trazendo e ainda trarão grandes benefícios e avanços à Saúde Pública, principalmente à Saúde da Família e aos nossos usuários.

Conforme foi reiterado, para o trabalho da ESF-13 ser melhorado a equipe deve ser acrescentada de dentista e mais um médico, pois temos muitas comunidades para receberem atenção apenas duas comunidades recebem assistência médica duas vezes por mês. Assim, estes profissionais permitiriam uma atenção mais integral e humanizada.

4. Avaliação da Intervenção

Mediante a finalização da intervenção, agora é possível apresentar os resultados conseguidos através do trabalho desenvolvido em quatro meses para a prevenção e detecção do Câncer de Colo de Útero e de Mama.

A seguir, apresenta-se os resultados com avaliação em conjunto quanti-qualitativa de cada um dos indicadores que foram utilizados para mensurar o serviço.

4.1 Resultados

Os resultados alcançados durante o período de quatro meses de intervenção na ESF 13 em São Borja cujo objetivo era de melhorar a prevenção do colo de útero e mama está apresentada a seguir.

Com uma população adstrita de 2228 pessoas, segundo o CAP.

Com relação à meta de cobertura pretendíamos ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 60%. No primeiro mês, foram cadastradas 109 mulheres (12,5%), no segundo mês 219 mulheres (25,5%), no terceiro mês 327 mulheres (34,7%) e no último mês 423 mulheres (48,3%) (Figura 1).

Não atingimos a meta proposta inicialmente porque as enchentes que assolaram São Borja no início do ano duraram dois meses e ocorreram durante o segundo e terceiro mês de intervenção impediram que número de usuárias comparecessem às localidades de atendimento da ESF-13, a qual cobre área eminentemente rural, de difícil acesso. Este, acredito, foi o principal motivo, mas também pode ser devido ao fato da equipe da ESF-13 ter sido deslocada para acompanhar a assistência social nos locais atingidos pelas enchentes.

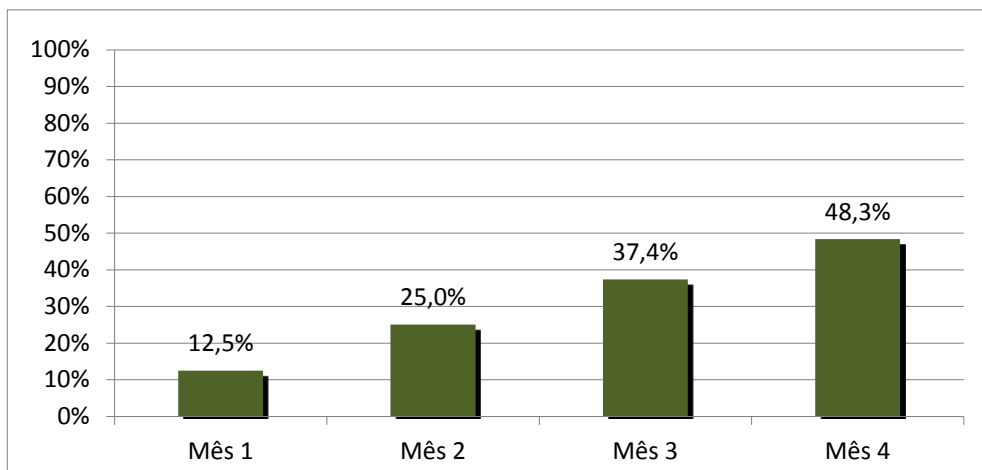


Figura 1. Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero na ESF-13, São Borja-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Para a cobertura de câncer de mama nossa meta de ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 60%. No primeiro mês, cadastramos 51 mulheres (11,7%), no segundo mês foram 114 mulheres (26,1%), no terceiro mês foram 175 mulheres (40,0%) e no quarto mês foram 226 mulheres (51,7%) (Figura 2).

Da mesma forma, não atingimos nossa meta inicial e os motivos são os mesmos citados anteriormente relacionados às enchentes durante o período de intervenção, as enchentes tanto inundaram moradias, quanto tornaram as estradas do interior do município inacessíveis ao trânsito de veículos, impossibilitando inclusive o transporte de usuários e da própria equipe da ESF-13.

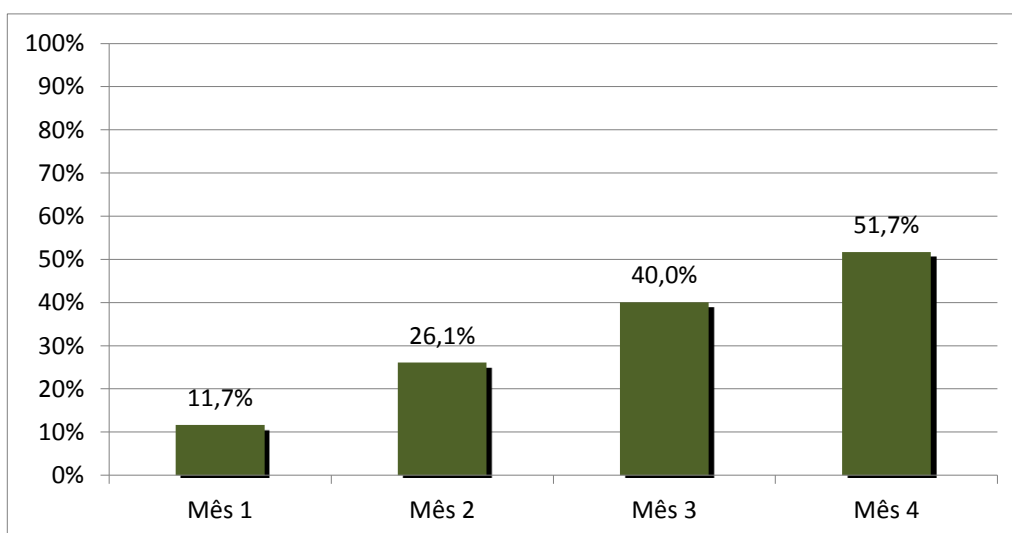


Figura 2. Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama na ESF-13, São Borja-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde. A meta era de obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero. No mês 1, foram assistidas 109 usuárias e 109 tiveram coleta de amostras satisfatórias (100%), no mês 2, foram atendidas 219 mulheres e todas tiveram coleta de amostras satisfatórias (100%), no mês 3, 327 usuárias foram atendidas e todas novamente tiveram coleta satisfatória (100%), no mês 4, foram atendidas 423 usuárias e todas tiveram coleta satisfatória (100%).

Para o objetivo de melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia, a primeira meta era identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde. No primeiro mês, 3 mulheres tiveram exame do citopatológico alterado e todas foram à UBS para buscar os resultados. Não houve mudança nos meses 3, 4 e 5, pois mais nenhuma mulher foi registrada com exame alterado.

Este bom resultado se deve ao fato de que estas três mulheres com resultados alterados de CP, retornaram à UBS para retirá-los porque foram orientadas nesse sentido e alertadas da importância do conhecimento imediato do resultado deste exame, a fim de ficarem sabendo qual seria a conduta imediata a ser adotada.

Para a meta de identificar 100% as mulheres com mamografia alterada, sem acompanhamento pela unidade de saúde. No primeiro mês, foram 2 mulheres com exame de mamografia alterado, no mês 2, 3 e 4 somaram 5 mulheres com exame alterado, porém nos 4 meses todas retornaram para buscar os resultados.

Este bom resultado se deve ao fato de que todas as mulheres foram orientadas a comparecerem à UBS para retirarem seus exames tão logo estes estivessem prontos.

Com relação à meta de realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado e com mamografia, sem acompanhamento pela unidade de saúde. Não foi necessária nenhuma busca ativa durante os 4 meses de intervenção, pois não tivemos mulheres com exame alterado que não retornaram.

Com relação ao objetivo de melhorar o registro das informações, tínhamos a meta de manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas. Nos meses, foram 109, 229, 327 e 423, todas tiveram seus registros adequadamente preenchidos (100%).

Esta meta foi atingida desde o primeiro mês de intervenção, isto porque toda a equipe, incluindo os ACS, foram capacitados e orientados para conhecimento de todas as formas de registro e seu preenchimento.

Para a meta de manter registro da realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas. No mês 1, 49 (87,5%), no mês 2, 112 (94,1%), no mês 3, 173 (96,1%) e no mês 4, 231 cadastradas (96,1%) (Figura 3).

Tivemos dificuldades iniciais no preenchimento da ficha espelho, o que poderia ter afetado o indicador de registro.

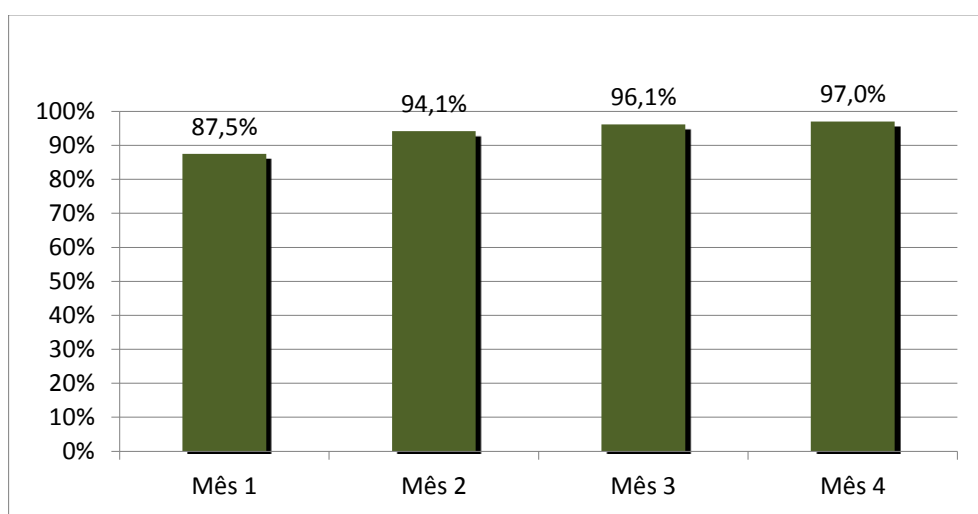


Figura 3. Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia na ESF 13, São Borja-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Para o objetivo de mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama, tínhamos a meta de realizar isso em 100% das mulheres. Colo de Útero, nos meses 1, 2 3 e 4, foram respectivamente, 112, 222, 330 e 427 mulheres avaliadas. Em todos os meses, alcançamos 100%.

Atingimos a meta inicial desde o primeiro mês, pois a equipe aderiu ao programa e foi capacitada para tal fim.

Para a meta de realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres entre 50 e 69 anos. No mês 1, 54 mulheres foram rastreadas quanto ao câncer de mama das 56 cadastradas (96,4%), no mês 2, 117 foram rastreadas das 119 (98,3%), no mês 3, 180 mulheres foram rastreadas das 180 cadastradas (100%), no mês 4, 231 mulheres foram rastreadas das 231 cadastradas (100%) (Figura 4).

Atingimos a meta após 4 meses de intervenção, esta meta foi atingida porque a equipe se superou, indo além da expectativa. Apesar da equipe estar desfalcada, improvisada e itinerante todos estavam conscientes da responsabilidade de fazer o melhor possível da maneira que foi acordada nas reuniões e capacitações.

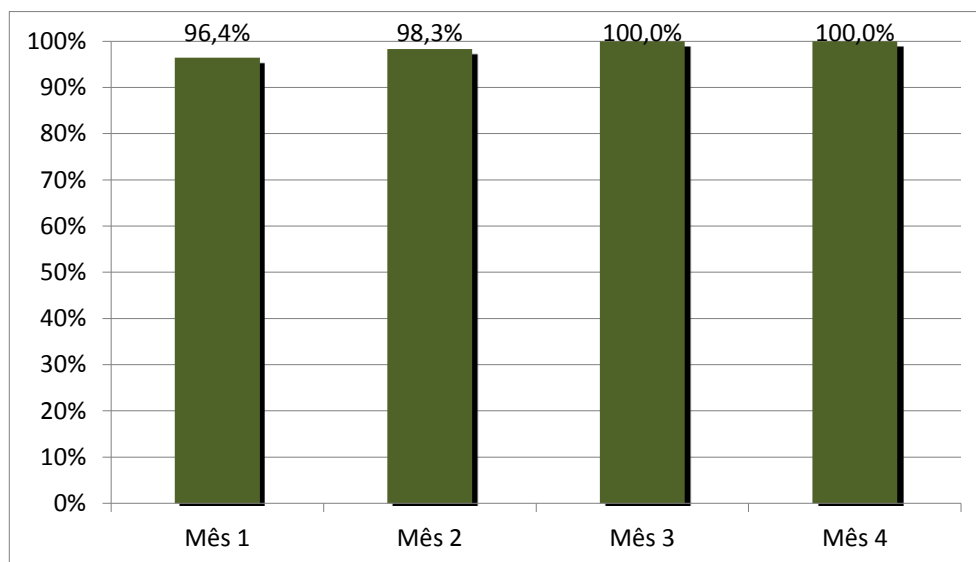


Figura 4. Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama na ESF 13, São Borja-RS, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Para o objetivo de promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde tínhamos a meta de orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero. No mês 1, 112

mulheres receberam orientação das 112 cadastradas (100%), no mês 2, 222 mulheres receberam orientação das 222 cadastradas (100%), no mês 3, 330 mulheres receberam orientação das 330 cadastradas (100%), no mês 4, 427 mulheres receberam orientação das 427 cadastradas (100%).

Com relação à meta de orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama. No mês 1, 56 mulheres das 56 cadastradas receberam orientação sobre DST (100%), no mês 2, 119 mulheres das 119 cadastradas receberam orientação (100%), no mês 3, 180 mulheres das 180 cadastradas receberam orientação (100%), no mês 4, 231 mulheres das 231 cadastradas receberam orientação sobre DST (100%).

Atingimos estas metas desde o primeiro mês de intervenção. Estas metas de promoção de saúde foram fáceis de serem atingidas porque a equipe foi capacitada para que todos pudessem dar orientações em ambos os setores do foco, câncer do colo do útero e mama, desta forma houve ação integrada de todos os membros da equipe.

4.2 Discussão

Após os quatro meses de intervenção nossos resultados foram muito bons, apesar de não termos atingido a meta de cobertura, esta cresceu a cada mês e a tendência é que a gente atinja a meta inicial após o término da intervenção, pois daremos continuidade as ações. Mas merece destacar que as demais metas de qualidade foram quase todas plenamente atingidas, todas as mulheres cadastradas tiveram amostras satisfatórias do exame de citopatológico e o registro de exame adequado. Todas as mulheres cadastradas foram avaliadas quanto aos sinais de alerta para câncer de colo de útero e ao risco para o câncer de mama. Além disso, as metas de promoção à saúde foram atingidas na íntegra, todas as mulheres cadastradas receberam orientações sobre DST e fatores de risco para o câncer do colo de útero e mama. É importante ressaltar que todas mulheres com exame alterado foram encaminhadas ao Serviço Municipal de Ginecologia, com referência e contra referência.

O significado dos resultados obtidos para a comunidade é satisfatório e gratificante porque a comunidade participou dessa conquista através de reivindicações, sugestões e debates promovidos por suas lideranças religiosas, sindicais e comunitárias, em nível de Associação de Moradores, nas localidades a que a ESF-13 levou suas ações multiprofissionais e especializadas relativas ao foco da intervenção. A comunidade que nós atendemos é bastante ativa e teve participação marcante nos resultados alcançados com esta intervenção. A comunidade hoje tem ações de prevenção ao câncer de colo e mama de forma mais organizada e com muito mais qualidade.

Os resultados obtidos para o serviço foram muito importantes porque todas as ações realizadas terão prosseguimento e estão sendo realizadas como rotina do serviço. Houve aprendizado e treinamento da equipe dentro do próprio serviço. Conseguimos organizar o serviço como um todo desde o acolhimento das mulheres, seu cadastramento até o registro adequado das informações relacionadas ao foco. Além disso, tudo o que foi aprendido com esta intervenção pode nos guiar para estender as demais ações programáticas.

A importância desta intervenção para a equipe também foi fundamental, pois cada profissional pode aprimorar os conhecimentos sobre esta ação programática e estes conhecimentos adquiridos irão refletir na atenção prestada às usuárias. As capacitações valorizaram o conhecimento técnico de cada profissional e nos auxiliou na difusão das orientações de promoção da saúde.

Nossa intervenção foi conduzida da melhor maneira porque foi realizada por uma equipe capacitada e consciente de seu compromisso com a saúde pública. Assim, não faria nada diferente do que foi feito se fôssemos começar a intervenção hoje. Tanto que a intervenção continua como rotina, sendo aplicada da mesma forma em que foi realizada durante as dezesseis semanas de intervenção.

5 Relatório da Intervenção para Gestores

Senhor Gestor,

Entre os meses julho a novembro, durante 16 semanas, foi realizada a intervenção na ESF 13 do município de São Borja/RS cujo objetivo principal foi de melhorar a prevenção do câncer de colo de útero e mama entre as usuárias desta unidade. Antes da intervenção, a ESF-13 não tinha conhecimento dos prováveis casos de cânceres de colo do útero e/ou mama. Os casos suspeitos eram encaminhados ao Serviço Municipal de Ginecologia, sem contra referência, assim não tínhamos um controle adequado. A usuária, nestes casos, geralmente passava a tratar-se com o ginecologista do Serviço Municipal de Ginecologia, sem retornar à Unidade de sua área de abrangência. Não tínhamos uma boa adesão das usuárias ao serviço e a nossa atenção ainda estava falha em relação à qualidade. Não tínhamos uma conduta única, organizada e guiada por um Protocolo. Não tínhamos um registro adequado e, com isso, um monitoramento e avaliação periódica de nossas condutas.

Com a intervenção, a conduta mudou. A usuária, nesses casos, é encaminhada ao mesmo serviço, mas agora com contra referência e retorna à UBS com todas as informações de interesse para a equipe dar continuidade ao seu acompanhamento. Isto significa um grande avanço, em termos de saúde da família.

Além disso, avançamos na questão do registro com o uso da ficha espelho disponibilizada pelo Curso de Especialização que guia e padroniza o registro de todas as informações necessárias para o monitoramento das ações e das usuárias, isto tem um grande significado.

Outro fator importante foi a utilização de um Protocolo através do qual a equipe pode se capacitar, atualizar e unificar suas condutas, com ações prestadas com muito mais qualidade pelos profissionais. Tudo isto está implementado em nossa Unidade e já faz parte da rotina do serviço.

Nesta intervenção só foram contabilizadas nos resultados aquelas usuárias de nossa área adstrita, mas cabe ressaltar que muitos outros atendimentos foram

prestados durante o período, mas não foram registrados na planilha do curso, pois foram as usuárias fora da área de abrangência do foco do projeto.

Após 4 meses de intervenção nossa cobertura foi de 48,3% para as mulheres na faixa etária do câncer de colo de útero e de 51,7% para as mulheres na faixa-etária alvo para o de mama.

Após 4 meses tivemos 100% de registro adequado para o câncer de colo e quase 100% (97%) para o câncer de mama. Todas as amostras do citopatológico foram satisfatórias e todas as mulheres cadastradas foram pesquisadas quanto ao sinal de alerta para os fatores de risco para o câncer de mama e colo de útero. Com relação as atividades de promoção à saúde, todas as mulheres cadastradas receberam orientações sobre DST e sobre os fatores de risco para o câncer de colo e mama.

Atingimos muitas de nossas metas, mas nossa ESF-13 enfrenta dificuldades. Desde dezembro de 2013, nossa ESF não dispõe de dentista, apesar de fazer cobertura de 24 comunidades rurais, onde a demanda de doenças bucais é muito elevada, bem superior à demanda nas UBS urbanas. A reivindicação por um odontólogo foi feita ao gestor municipal, quinzenalmente, através da equipe, pelo médico ou pela enfermeira, que é a chefe da ESF-13, durante o ano de 2014. Além disso, sete comunidades não dispõem de ACS, cuja ausência se reflete, principalmente, na busca ativa, no caso de nosso foco, de prevenção ao câncer de colo do útero e mama, das usuárias faltosas aos exames de revisão, que, uma vez não seguidos, conforme orientação médica, poderão causar prognóstico sombrio.

Felizmente, todas as usuárias com resultados alterados em seus exames preventivos, tanto de colo do útero ou mama, foram encaminhadas ao Serviço Especializado de Ginecologia Municipal. Todas as usuárias com exame alterado retornaram à ESF-13.

Outras dificuldades que merecem ser destacadas, pois afetam a qualidade da atenção prestada a comunidade foi a falta de material e a falta de profissionais capacitados. Além disso, a busca ativa também foi prejudicada nos locais sem ACS.

Os motivos que influenciaram os resultados alcançados foram, principalmente, a assiduidade e dedicação da equipe, desde os ACS. Destaco o trabalho em equipe como ocorreu, por exemplo, para o rastreamento precoce, pois envolveu praticamente toda a equipe que se engajou nesse processo.

Finalmente, a nosso ver, os resultados quantitativos e qualitativos alcançados com as ações desenvolvidos em por nossa equipe, apesar das dificuldades enfrentadas por uma ESF improvisada, itinerante e desfalcada, são altamente positivos.

As ações aprendidas e executadas durante as 16 semanas da intervenção continuarão, não tenho dúvidas da eficiência de nossa UBS em saúde pública e, especialmente, em saúde da família! Assim, a partir das dificuldades aqui destacadas, acreditamos que a prestação do serviço pode melhorar ainda mais com a contratação permanente de um odontólogo e conforme reivindicado pela comunidade de um psicólogo e um assistente social. Além disso, a aquisição do ônibus da saúde e com duas equipes itinerantes no interior do município de São Borja poderia facilitar a cobertura nas comunidades mais afastadas.

Reforço que é imprescindível a participação e apoio da gestão na Atenção Primária em Saúde, para dar suporte adequado ao serviço, aos profissionais e consequentemente aos usuários do serviço de saúde.

6 Relatório da Intervenção para comunidade

Neste relatório vamos abordar o que ocorreu durante as dezesseis semanas de intervenção, entre os meses de julho a novembro, na qual buscamos melhorar a assistência de prevenção do câncer de colo de útero e controle de câncer de mama na Unidade de Saúde da Família, ESF-13, no município de São Borja-RS.

Anteriormente à intervenção, não tínhamos uma boa adesão das usuárias ao serviço e a nossa atenção ainda estava falha em relação à qualidade. Não tínhamos uma conduta única, organizada e guiada por um Protocolo. Não tínhamos um registro adequado e, com isso, um monitoramento e avaliação periódicos de nossas condutas.

A ação programática da prevenção de câncer do colo do útero e mama, antes da implementação da intervenção, funcionava com dificuldades, dentre elas, a participação das usuárias. A grande verdade é que a usuária, geralmente, procurava o Serviço Especializado de Gineco-Obstetrícia, quando tinha algum sinal ou sintoma que lhe incomodava, porém quando havia alguma alteração cancerígena a busca pelo serviço era tardia, dificultando a cura da usuária devido ao prognóstico ruim, já que a evolução carcinomatosa já se encontrava avançada. E em alguns casos, com metástases. O fato de ser uma doença silenciosa coloca estas usuárias em risco, por isso é tão importante o papel da atenção básica no esclarecimento e acompanhamento preventivo destas usuárias.

Verificamos que as mulheres na faixa etária de 24 a 65 anos estão fazendo o rastreamento periódico para o câncer de colo e as de 50 a 69 anos para o de mama de acordo com o que é recomendado pelo Ministério da Saúde sem necessariamente apresentarem sinais ou sintomas. Esta adesão está aumentando. A população está mais consciente da importância deste acompanhamento.

Além disso, com a intervenção, a conduta mudou. A usuária, nos casos identificados de possível doença, é encaminhada a outro serviço especializado, mas agora com contra referência e retorna à UBS com todas as informações de interesse para a equipe dar continuidade ao seu acompanhamento. Isto significa um grande

avanço, em termos de saúde da família, já que isso anteriormente não acontecia de forma organizada.

Após 4 meses de intervenção nossa cobertura foi de 48,3% para as mulheres na faixa etária do câncer de colo de útero e de 51,7% para as mulheres na faixa-etária alvo para o de mama. Também tivemos 100% de registro adequado para o câncer de colo e quase 100% (97%) para o câncer de mama. Todas as amostras da coleta de exame citopatológico foram satisfatórias e todas as mulheres cadastradas foram pesquisadas quanto ao sinal de alerta para os fatores de risco para o câncer de mama e colo de útero. Com relação às atividades de promoção à saúde, todas as mulheres cadastradas receberam orientações sobre DST e sobre os fatores de risco para o câncer de colo e mama.

Atingimos muitas de nossas metas, mas nossa ESF-13 enfrenta dificuldades. Desde dezembro de 2013, nossa ESF não dispõe de dentista. A reivindicação por um odontólogo foi feita ao gestor municipal, quinzenalmente, durante o ano de 2014. Devido à ausência de um dentista, que fez uma grande falta em termos de saúde bucal para a população, nós garantimos que as ações de saúde bucal, que deixaram de ser cumpridas a nível de ESF, fossem executadas pelo serviço especializado de odontologia municipal, para onde as usuárias foram encaminhadas. Apesar da garantia de encaminhamento, a grande maioria dos usuários tem dificuldades para se deslocar de sua comunidade até a sede municipal, assim houve muito prejuízo em relação as ações relacionadas à saúde bucal.

Além disso, sete comunidades não dispõem de ACS, cuja ausência se reflete, principalmente, na busca ativa das usuárias faltosas aos exames de revisão para novo agendamento. Outro fator importante que prejudicou algumas de nossas ações foi a necessidade de deslocamento para dar cobertura a todas as áreas, algumas com mais de 80 km de distância e com estradas precárias. Muitas vezes tivemos a falta de condução, às vezes não dispoño nem de motorista e isto prejudicou nossa organização de trabalho.

A incorporação das ações previstas no projeto de intervenção às ações de rotina de nossa UBS está trazendo grandes benefícios e avanços. Já conseguimos uma boa adesão das usuárias e cada vez mais estão compreendendo a importância de seguirem nossas orientações.

Apesar disso, podemos afirmar que a intervenção foi bastante positiva para estas comunidades e que atingiu seu objetivo principal, vamos seguir com as ações

anteriormente previstas e continuar ouvindo a população para que cada vez mais melhorias possam ser instituídas.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Fazendo esta reflexão ao final do TCC posso dizer que o crescimento profissional foi enorme e importante para mim.

O curso, através do empenho e dedicação da equipe pedagógica e dos orientadores, é capaz de auxiliar na implantação de um modelo de saúde da família em todo território brasileiro. O curso, para mim, serviu de um compromisso firmado entre a sociedade e o MS/Governo Federal. Compromisso que, a meu ver, é bastante grande, não para mim, mas para todos os alunos do Programa Mais Médicos (PMM) porque tivemos o privilégio de sermos pioneiros.

Como pioneiros temos o dever de levar avante a bandeira levantada pelo PMM, nos comprometendo cada vez mais, uma forma de mostrar nosso compromisso é dar continuidade na intervenção iniciada no curso. Mas não só a intervenção foi importante para meu crescimento dentro do curso.

Os debates através dos fóruns foram de grande importância para a minha prática. Os casos interativos também foram essenciais na prática clínica, pois através deles, discutiram-se casos concretos vivenciados diariamente nas UBS/ESF. Desses debates saíram, sempre, bons resultados. O estudo de prática clínica também foi muito importante porque estimula o aluno a buscar, através da pesquisa, novos e atualizados conhecimentos.

O curso representou para mim que atuo há mais de três décadas na área de saúde pública, um avanço e uma confirmação do progresso da saúde pública e, em especial, da saúde da família.

De 2002 a 2005, trabalhei na implantação do ESF-08, na Vila Goulart, aqui em São Borja. ESF-08, que a partir de 2006, transformou-se na ESF-08, que existe até hoje. Para esta ESF em que atuo e, conseqüentemente, para os usuários de sua área este curso teve grande impacto, pois trouxe um outro olhar com mudanças positivas para o nosso atendimento.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 124p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 124p.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES DE SILVA. INCA. **Plano de ação para redução de incidência e mortalidade do câncer de colo de útero**. Sumário executivo. Programa nacional do controle de câncer de colo de útero. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gestal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	

[illegible]



Anexo C - Ficha espelho

[illegible]

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Telefones de contato: ____/____/____

[illegible]

